

HOMICSKÓ ÁRPÁD

## A fekvőbeteg-finanszírozás alapkérdései a magyar egészségügyben

### *I. Bevezetés*

A magyar egészségügy struktúrája a rendszerváltás óta folyamatosan változik. Ezek a változások egyaránt érintik a közgazdasági szempontból fontos finanszírozás kérdéseit és a jogi szabályozás problematikáját. Célom az, hogy elemezzem a magyar fekvőbeteg-ellátás szervezeti rendszerét, tekintettel a nemzetközi tendenciákra is. Ennek érdekében fontosnak tartom, hogy bemutassam a magyar egészségügy helyzetét hazánkban. Az egészségügyi ellátórendszer általános bemutatásán belül kiemelten vizsgálom a fekvőbeteg-ellátást. Az egészségügy finanszírozása szempontjából szintén fontosnak tartom az általános modellek bemutatását, amelyek segíthetnek abban, hogy alternatív megoldásként ne csak a jelenleg hazánkban működő finanszírozási módszert ismerje meg az olvasó, hanem általános képet kapjon. A cikk részletesen foglalkozik a Homogén Betegségcsoportok rendszerével, mivel ma Magyarországon az egészségügyi fekvőbeteg-ellátásban ezt a megoldást alkalmazzák, ugyanakkor csak kevesen vannak azok, akik ténylegesen tudják, mit is jelent ez a finanszírozási megoldás. A finanszírozás és a jogi szabályozás szorosan összefügg és kölcsönhatással van egymásra. Nem lehet egyiket sem megkerülni, amikor a magyar egészségügy helyzetével foglalkozunk.

A magyar népesség egészsége rossznak mondható, amelynek alapjait az általános társadalmi-gazdasági környezetből (munkanélküliség, szociális problémák, környezeti állapot stb.), illetőleg az életmódból fakadó problémák között kell keresni. Ugyanakkor a megelőző és a gyógyító ellátások hatékonyságának viszonylag alacsony szintjéből is következik. Magyarországon biztosítani kellene azt, hogy az egészségügyi ellátáshoz mindenki megfelelően hozzájusson, valamint emelni lenne szükséges az egészségügyi ellátások biztonságának és színvonalának a mértékét, amely komplex, átfogó koncepció kidolgozását teszi szükségessé.

A magyar lakosság egészségi állapotának romlása következtében az egészségügyet és benne a fekvőbeteg-ellátást jelentős számú kihívás éri. Az egészségügyet közvetlenül érintő főbb változások közé tartozik az, hogy a rendszer-

váltást megelőzően állampolgári jogon járó „ingyenes” egészségügyi ellátást felváltotta a biztosítási (járulékfizetés) alapú jogosultsági rendszer. Az egészségügyi ellátórendszer viszonylag gyorsan bővül és fejlődik. Az egészségügy tulajdonosi és az irányítási rendszere, továbbá az ehhez kapcsolódó ellátási és fejlesztési kötelezettségek rendezetté és áttekinthetővé tétele fontos szempontok a reformok tekintetében. Az egészségügyi és szociális ellátórendszerrel szemben támasztott társadalmi szükségletek és igények fokozatosan növekednek. Az egészségi állapotot befolyásoló általános társadalmi, gazdasági feltételek változása szintén kihívást jelent az egészségügy számára. Ezek összhatása következtében a magyar egészségügy finanszírozásának és jogi szabályozásának áttekintése – a teljesség igénye nélkül, főként a fekvőbeteg-ellátásra koncentrálva – és bemutatása elengedhetetlen. A mai magyar egészségügyi ellátórendszer jelentős reformokra szorul, amely azonban sokszor alá van rendelve az aktuál-politikának, ami torzítja a szakmai szempontok hatékony érvényesülését.

A társadalmi-gazdasági változásoknak megfelelően – a nemzetközi tendenciákkal összhangban – mára az állam társadalmi-gazdasági rendszerben elfoglalt helye az egészségügyi szférában is alapvetően megváltozott. Az állam korábbi közvetlen szolgáltatásnyújtásban és intézményfenntartásban megnyilvánuló szerepe átalakult egy döntően szabályozó-ellenőrző szereppé. Ennek eredményeképpen mind az egészségügyi ellátórendszert, mind az annak anyagi hátterét túlnyomó részben biztosító egészségbiztosítási rendszert meghatározó jelleggel több-kevesebb autonómiával rendelkező jogalanyok tartják fenn és működtetik. Az állam pedig közvetlen működtető szerepét feladva – néhány kivételtől eltekintve – a működtetés biztosításában vállal szerepet szabályozási és igazgatási-hatósági jogosítványok gyakorlása révén.

A társadalmi-gazdasági változások az egyén társadalmi szerepét, valamint ebből következően az egyén és állam viszonyát is alapvetően megváltoztatták. Ma már az egészségügyben az egyén nem mint a szolgáltatások igénybevevője jelenik meg, hanem az egészségügyi szolgáltatások fogyasztójává vált. Ebből következik, hogy az egyén igénye megnőtt egy olyan, megfelelő mennyiségű és minőségű egészségügyi ellátórendszerre, amelyben képes alkotmányos alapjainak érvényesítésére.

Az egyén és az állam relációjában az állami szerepkör a mögöttes felelősségvállalás irányában mozdult el. Bár az egyén kötelező járulékfizetése révén maga gondoskodik egészségügyi ellátásának fedezetéről, az állam azonban biztosítékot vállal arra az esetre, ha az egészségügyi ellátások költségeit befizetett járulékok nem fedeznék. A közösségi kockázatviselés elvének érvényesülése jóvoltából meghatározott ellátási körig ez a rendszer arra is biztosítékot nyújt, hogy a társadalomnak azok a tagjai, akik nem teljesítik járulékfizetési kötelezettségüket, emiatt ne kerülhessenek életüket vagy társadalmi létüket közvetlenül veszélyeztető állapotba.

A legfőbb célt, a lakosság egészségi állapotának alapvető javítását tehát kizárólag a gyógyító orvoslás eszköztárával nem lehet elérni, erre csak egy átfogó és összehangolt, az egészség ügyét támogató társadalom- és gazdaságpolitika-

nak és korszerű egészségpolitikának van esélye. A magyar lakosság romló egészségi állapota csak abban az esetben javítható, ha az egészség ügye a kormányzat számára alapvető stratégiai célt jelent és ezért egész tevékenységében szem előtt tartja a kormányzati döntések egészségi állapotra gyakorolt hatását. Ennek érdekében meg kell követelni, hogy a döntés előkészítő szakaszban az adott kormányzati intézkedés egészségre gyakorolt hatása is bemutatásra kerüljön, valamint hogy az egészség szempontjai markánsabban érvényesüljenek a gazdasági jogalkotásban, az infrastrukturális fejlesztésekben, a tömegkommunikáció és az oktatás területén is.<sup>1</sup>

A népegészségügy összkormányzati és ágazatközi megközelítésén túl az egészségügyben a gyógyítás és a betegségek korai felismerése mellett az elsődleges prevenció, a betegségek megelőzése kell, hogy elsőbbséget kapjon. Ugyancsak kiemelt jelentőségű a másodlagos prevenció, azaz a szűrés és gondozás, míg a harmadlagos és negyedleges prevenció gyakorlatilag elválaszthatatlan a rehabilitációtól, illetve magától a gyógyítás folyamatától.

Az államnak a törvényi szabályozás által is – jogaik és kötelezettségeik meghatározásán keresztül – biztosítania kell az egészségügyi dolgozók és az ellátást nyújtó intézmények védelmét.

Az államnak az egészségügyi rehabilitáció feltételeinek biztosításával, valamint az egészségügyi- és szociális ellátórendszer összekapcsolásával elő kell segítenie, hogy az egyének egészségi állapotuk átmeneti vagy tartós megváltozása esetén is beilleszkedhessenek a társadalomba.

Az állam felelőssége, amely jellemzően normatív és közvetett típusú felelősség, négy központi elem köré csoportosulva jelenik meg a magyar egészségügyben:

- az egészségügyi ellátórendszer megfelelő mennyiségben, minőségben, elosztásban, összetételben és költség-hatékonyságban történő működtetésének biztosításában;
- a kötelező egészségbiztosítási rendszer működtetésének biztosításában;
- az egészségügyi intézményrendszer működése során az egyén, emberi méltósággal és önrendelkezési alapjogaival összefüggő speciális betegjogok védelme és érvényre juttatásában;
- az egészségpolitikai cél-, feladat- és eszközrendszer meghatározásában és érvényesítésében.

Az egészségüggyel kapcsolatos jogi szabályozásnak alapvetően a következő jogi követelményeknek kell megfelelnie:

- A szabályozásnak valamennyi, törvényi szintre tartozó tárgykört fel kell ölelnie, lehetőséget adva ugyanakkor arra, hogy az alapvető jog érvényesülése

---

<sup>1</sup> ATKINSON A.: *Reflections on social protection and the European Economic and Monetary Union, Social Protection and the European Economic and Monetary Union*. Edited by Jozef Pacolet, Avebury, England 1993, 291–297. p.

szempontjából kisebb jelentőségű kérdéseket alacsonyabb szintű jogszabály (jellemzően miniszteri rendelet) rendezhessen.

– A törvényeknek – tekintettel az egészségügy komplex viszonyrendszerére is – le kell fedniük az egészségügyi ágazat teljes terjedelmét. A törvényeknek ezen felül biztosítaniuk kell a megfelelő kapcsolódási pontokat mind az ágazatba tartozó más jogszabályokhoz, mind a más ágazatba vagy a jogrendszer más területére tartozó jogszabályokhoz.

– A szabályozásoknak ezen túlmenően kellő módon általánosnak is kell lenniük. Az általános szabályok alkalmasak arra, hogy a szabályozórendszer más elemeiben, a társadalmi-gazdasági környezetben (pl. a népegészségügyi helyzet, vagy az ország gazdasági teherbíró-képességének alakulása) valamint a tudomány és a technika területén időközben óhatatlanul bekövetkező változások megfelelő módon beépülhessenek a hazai jogrendszerbe.

– A szabályozás felé megnyilvánuló további követelmény, hogy szektor semleges legyen. A szabályozásnak lehetőséget kell biztosítania arra, hogy az egészségügyi ellátórendszer egyes elemei, eltérő jogállásukból adódó különbségeiktől függetlenül, egyenlő esélyekkel vehessenek részt az ellátórendszer működésében.

– A szabályozás egészét átható követelményként van jelen az európai integrációt szolgáló jogharmonizációs kötelezettségek figyelembe vétele.<sup>2</sup>

Az egészségügyi ellátások rendszerének egyidejűleg kell biztosítania a lakosság számára az egyének egészségi állapotának megfelelő egészségügyi szolgáltatásokat, és lehetővé kell tennie a népegészségügyi célok megvalósítását. Ebben a körben az ellátások rendszerében nyújtott egészségügyi szolgáltatások célja, hogy a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználása mellett hozzásegítse az egyéneket egészségük megőrzéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, egészségük további romlásának mérsékléséhez, egészségi állapotuk megváltozása esetén közösségbe való beilleszkedéséhez. Ezzel egyidejűleg az egészségügyi ellátások rendszerében biztosítani kell a lakosság egészségi állapotának javítását is.

E célok megvalósításának feltétele, hogy az egészségügyi ellátások rendszerének olyan intézményrendszerre kell épülnie, amely a munkamegosztás és a fokozatosság elvének érvényesítése révén biztosítja, hogy az eltérő egészségi állapotú egyének egészségi állapotuk összes jellemzője alapján meghatározottan az egészségi állapotuk által indokolt egészségügyi szolgáltatásokat vehessék igénybe.

A magyar egészségügyi ellátások rendszerében, az ellátások valamennyi szintjén a progresszivitás elve érvényesülésének követelményét kell szem előtt tartani. Eszerint az egészségügyi ellátások rendszerének biztosítania kell, hogy minden beteg akkor és ott kerüljön gyógykezelésre, amikor és ahol egészségi állapotának megfelelő ellátást kaphat, és ahol az ehhez szükséges szakmai köve-

<sup>2</sup> Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Kommentár.

telmények biztosítottak. Az intézményrendszer szereplőinek feladatait az ellátórendszer egészében a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek határozzák meg.

A egészségügyi ellátások rendszere alapvető működési elveként határozza meg a sürgősségi ellátás követelményét, amely szerint az ellátásra jelentkező beteget minden esetben az egészségi állapotának megfelelő ellátásban kell részesíteni. Ugyancsak alapvető működési elvként jelentkezik az a követelmény, hogy a szolgáltatások nyújtása közben az ellátásban résztvevőktől elvárható legnagyobb gondossággal, a szakmai és etikai szabályok betartásával kell eljárni, továbbá a beutalás rendjének szabályozottsága. Az egészségügyi ellátórendszernek egyrészt biztosítani kell a betegek járóbetegként, illetőleg otthonukban, valamint fekvőbeteg-intézményi keretek között történő ellátását, másrészt az egészségügyi ellátórendszernek rendelkeznie kell a népegészségügyi tevékenység során felmért szükségletekhez igazodó és a társadalmi-gazdasági erőforrások adta lehetőségekhez méretezett kapacitásokkal.

### *Az egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolódó alapfogalmak*

A következőkben a témához kapcsolódó alapvető fogalmak meghatározását tartom szükségesnek, mivel az egészségügyben bekövetkezett változások sokszor érthetetlenek és nem egyértelműek az olvasó számára. A fogalmak definiálása azért is elengedhetetlen, hogy a későbbiekben való utaláskor egyértelmű legyen, hogy az általam használt szakkifejezések mit tartalmaznak, mi az, amit lefednek és mi az, amire nem vonatkoznak.

*Aktív fekvőbeteg-ellátás* alatt a fekvőbeteg-ellátó intézményben történő gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenységet értem, amelyben az ápolási idő előre tervezhető, többnyire rövid tartamú. Az ellátásban az orvos-szakmai tevékenység a meghatározó, az ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása.

*Egészségügyi ellátás* a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összességét jelenti.

*Egészségügyi intézmény* a jogi személyiséggel rendelkező, valamint a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó, jogi személyiséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató.

*Egészségügyi közszolgáltatás* a részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás.

*Egészségügyi részfeladat* a teljes egészségügyi szakfeladaton belül szakmailag, területileg vagy időben elkülöníthető és önállóan ellátható egy vagy több egészségügyi szolgáltatás.

*Egészségügyi szolgáltatás* minden olyan tevékenység, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további

állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyfürdőellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővé tételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal – ideértve az ehhez kapcsolódó – a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.

*Egészségügyi szolgáltató* a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

*Egyéb fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató* kórháznak nem minősülő fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató. *Fekvőbeteg* minden kórházban egészségügyi szolgáltatásban részesített beteg, aki az adott intézményben az érvényes intézkedéseknek megfelelően meghatározott időnél hosszabb ideig folyamatosan tartózkodott, függetlenül attól, hogy hány osztályon ápolták.

*Fekvőbeteg-szakellátás* a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása.

*Finanszírozási eset*: egy finanszírozási esetnek kell tekinteni azt az egy vagy több fekvőbeteg-osztályos esetből álló eseménysort, amely az ellátás azonos oka és az elszámolás azonos módja miatt egy elszámolási tételként jelenik meg;

*HBCS (homogén betegségcsoportok)*: a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer. Közel azonos gyógyítási költségigényű betegségek orvosi szempontból is elfogadható csoportja.

*Kórház* az az egészségügyi intézmény, ahol legalább orvosi klinikai laboratórium, radiológia, ultrahang, elektrokardiográfia (a továbbiakban: EKG) és aneszteziológia működik, és

- a) osztályon, illetve mátrix szerkezeti formában legalább belgyógyászati, sebészeti, ezen felül legalább egy klinikai szakmának megfelelő fekvőbeteg-ellátást nyújtanak legalább 80 betegágyon úgy, hogy szülészeti-nőgyógyászati konzultáció biztosított (általános kórház), vagy
- b) osztályon, illetve mátrix szerkezeti formában a betegségek és sérülések fő diagnózisának megfelelő szakterülethez tartozó betegek ellátását végzi, vagy az azonos életkori vagy nem szerinti csoportba tartozó betegek számára több szakterületre kiterjedő fekvőbeteg-ellátást nyújt legalább 80 betegágyon, ideértve az országos intézeteket, valamint az

orvos- és fogorvosképzésben részt vevő egyetemi klinikákat is (szakkórház),

- c) legalább belgyógyászati, sebészeti, ezen felül legalább egy klinikai szakmának megfelelő fekvőbeteg-ellátást nyújtanak legalább 80, de legfeljebb 300 betegágyon úgy, hogy szülészeti-nőgyógyászati konzultáció biztosított, és a feladatait kizárólag mátrix szerkezeti formában látja el (mátrixkórház).

*Krónikus fekvőbeteg-ellátás* az a fekvőbeteg ellátó intézményben végzett tevékenység, amelynek időtartama, befejezése általában nem tervezhető, hosszabb időszakot ölel fel. Az ellátásban az ápolás a meghatározó, az ellátás célja az egészségügyi állapot stabilizálása, fenntartása, helyreállítása. *Progresszív betegellátás* fokozatos (az egészségügyi ellátás különböző, egymásra épülő szintjein) a beteg legeredményesebb kezelését biztosító intézményben történő ellátás.

*Standardizált teljesítmény* a súlyszám és esetszám szorzatának összege vagy az egyes finanszírozási esetek súlyszámának összege.

*Súlyszám érték* aktív fekvőbeteg finanszírozási fogalom. A különböző Homogén Betegségcsoportok, vagyis az adott Homogén Betegségcsoport eset költségigényességét fejezi ki egy országos átlag eset költségéhez viszonyítva. Az egyes Homogén Betegségcsoport esetek súlyszámai összegezhettek. Megszorozva az aktuális, országosan egységes súlyszám díjjal adódik az Országos Egészségbiztosító Pénztár díjazás összege.

*Sürgősségi ellátás* a kórházon kívüli sürgősségi ellátások, a sürgősségi betegellátó osztályon történő ellátások, valamint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján nyújtott minden egyéb sürgősségi ellátás összessége.

### *A magyar egészségügyi ellátórendszer funkcionális tagozódása*

A következőkben fontosnak tartom bemutatni a magyar egészségügyi ellátórendszer funkcionális tagozódását, annak érdekében, hogy világos legyen a fekvőbeteg-ellátás elhelyezkedése. Az általános bemutatás a könnyebb megérthetőséget szolgálja, egyben egyértelművé teszi a szerepét a fekvőbeteg-ellátásnak, köznapi nevén a „kórházaknak”. Ugyanakkor látnunk kell azt is, hogy a funkcionális felosztás alapján a fekvőbeteg-ellátás egy szűkebb területet foglal magában, mint amit a köznapi értelemben használt „kórház” szó és annak tartalma jelent.

A magyar egészségügyi ellátórendszert három nagy részre lehet tagolni. Az első az alapellátás, amely magába foglalja a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátást, a védőnői szolgálatot, a család és nővédelmi gondozást, a fogorvosi alapellátást, az ügyeleti szolgálatot és az iskola-egészségügyi szolgálatot. A betegek által leggyakrabban igénybe vett ellátási forma az alapellátás. Az alapellátás funkciói közé tartozik az egyén egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérése, az egészségügyi felvilágosítás és nevelés, a gyógykezelés és a gondozás, a szakorvoshoz irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv

készítése vagy terápiás ellátás céljából, valamint gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján, szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése. A beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.

A második az általános és speciális járóbeteg-szakellátás. Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően, a lakóhelyének közelében kell biztosítani. Az általános járóbeteg-szakellátás feladata a megelőző tevékenység, az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is, a szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában is, a speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteg – vizsgálatát követő – más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása, a járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, valamint intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása. Az általános járóbeteg-szakellátás mellett a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra tekintettel biztosítani kell speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő speciális járóbeteg-szakellátást. A speciális járóbeteg-szakellátás olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.

A harmadik pedig az általános és speciális fekvőbeteg-szakellátás. Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg-ellátás lehet folyamatos bentartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás – ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is –, ilyen céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra – a külön jogszabályban foglaltak szerint



– speciális fekvőbeteg-szakellátást kell működtetni. A speciális fekvőbeteg-szakellátás a járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között nyújtott szakellátást végző orvos, sürgős szükség fennállása esetén, illetőleg a területi ellátási kötelezettséggel összefüggésben a beteg ellátását végző orvos, illetve mentőorvos vagy mentőtiszt, illetve a speciális ellátásra indokul szolgáló szakmai feltételek esetén a háziorvos beutalása alapján vehető igénybe.<sup>3</sup>

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a nála elhelyezett fekvőbetegek részére biztosítja a folyamatos ellátást. A fekvőbeteg-ellátást végző egészségügyi szolgáltató az ÁNTSZ területileg illetékes megyei (fővárosi) intézetével történt egyeztetés alapján szervezett ügyeleti rendszerben, illetve a sürgősségi betegellátási rendszer keretében vesz részt a területéhez tartozó lakosság folyamatos ellátásában. A sürgős ellátást igénylő beteg részére az egészségügyi szolgáltató a sürgősségi esetek fogadására szolgáló elkülönített fogadóhelyet alakít ki. A sürgősségi fogadóhelyet az egészségügyi szolgáltató központi helyén, lehetőleg a diagnosztikai egységek közelében, járművel is jól megközelíthető helyen kell működtetni, továbbá a fogadóhely mellett a beteg fektetésére alkalmas megfigyelőt is létesíteni kell. A fogadóhelyen folyamatosan biztosítani kell a betegeket fogadó szakasszisztens jelenlétét, aki a panaszok alapján riasztja az illetékes ügyeletben lévő orvost. A sürgősségi fogadóhelyen történik a sürgősségi ellátásra jelentkező betegek fogadása, vizsgálata, állapotuk stabilizálása, az elsődleges diagnózis felállítása, az alapvető terápiás beavatkozások elvégzése. Itt döntenek a beteg ellátást követő hazabocsátásáról, intenzív osztályon történő elhelyezéséről, illetve a szolgáltató más osztályára történő felvételéről, más, a beteg állapota által indokolt ellátási szinten működő egészségügyi szolgáltatóhoz történő továbbküldéséről. A sürgősségi osztályon, illetve centrumban történik a legfeljebb 24 óra alatti végleges ellátás, illetve a megfigyelést igénylő esetek ellátása és a betegnek a közvetlenül az osztályról, illetve centumból történő elbocsátása.

Speciális sürgősségi centrumot egy-egy régió ellátására az egyetemek, egyes országos intézetek, illetve speciális kórházi osztállyal rendelkező egészségügyi szolgáltatók működtetnek.

## *II. A köz- és magánfinanszírozás megjelenési formái, módozatai az egészségügyben*

Az egészségügy finanszírozásán az egészségügyi költségek forrásainak biztosítását szokták érteni, amely döntően az állam redisztribúciós feladatával összefüggésben, kisebb részt pedig az igénybevevő által részlegesen (co-payment) vagy teljesen (full-payment) vállalt költségeket jelenti. Az elemzés elején elmé-

---

<sup>3</sup> FAZEKAS MARIANNA: Egészségügyi igazgatás. *Magyar Közigazgatási Jog, Különös rész Európai Unió kitékintéssel.* (Szerk. Ficzer Lajos – Forgács Imre) Osiris Kiadó, Budapest, 2004, 273–274. p.

leti alapvetésekkel ismerkedhet meg az olvasó, amiben bemutatásra kerülnek a létező finanszírozási formák, mivel a mai fekvőbeteg-ellátás finanszírozása egy komplex megoldás – mint látni fogjuk – ugyanakkor megtalálhatók benne az egyes finanszírozási megoldások részelemei. Az elemzés az általános felől közelít a speciális felé.

A jóléti államok XX. századi fejlődése során több, karakterisztikusan eltérő finanszírozási modell alakult ki a világban:

- Bismarcki modell (társadalombiztosítási rendszer);
- Beveridge-modell (adókból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer);
- szabadpiaci modell (amerikai vegyes rendszer);
- „out-of-pocket” modell.

Ezek a rendszerek kialakulásuk során markáns különbségeket mutattak állami szerepvállalás, intézményi rendszer fenntartása és üzemeltetése, hozzáférhetőség, finanszírozási módozat tekintetében. A rendszer felépítését és működését különböző etikai elvek határozták meg. Fontos volt annak meghatározása, hogy milyen elv mentén kívánja a társadalom az egészségügyi ellátás meghatározott körét a társadalom tagjai számára biztosítani. Ki kell emelni annak a szerepét, hogy a szolidaritási elv mennyire érvényesül az egészségügy ellátásban, és milyen hozzájárulási rendszer segítségével sikerül az egészségügy forrásait megteremteni. A fenti rendszerek azonban mára már nem léteznek, mivel a modellek átalakulásával az állami egészségügyi szolgálat és az egyéni öngondoskodáson alapuló rendszerek közötti átmenet folyamatossá vált. Az utóbbi évtizedek nagy kihívását jelenti az egészségügyi kiadások növekedése világszerte, amely a jövedelemtranszferek egyensúlyi helyzetének felbomlásához vezetett.<sup>4</sup> Leegyszerűsítve a meghatározó finanszírozási és tulajdoni formák alapján az egészségügyi rendszerek az alábbi fő típusokba sorolhatók jelenleg: magánfinanszírozás és magánszolgáltatás (pl. USA), közfinanszírozás és magánszolgáltatás (pl.: Kanada), közfinanszírozás és „vegyes” szolgáltatás (pl. Németország), illetve közfinanszírozás és közszolgáltatás (pl. Finnország, Anglia). Fontos kiemelni, hogy ezeknél a rendszereknél a magán jelleg alapvetően nonprofit magánintézményt jelent. Az ellátás színvonalának elvárt emelkedése, a technológiai fejlődés és az ezzel járó költségnövekedés egyre nagyobb problémát jelent az államháztartás számára. A rendszerekkel szembeni legfontosabb követelmény, hogy az ellátórendszer az egészségi állapot optimalizálása érdekében működjön, ennek megfelelően szerveződjön meg a szolgáltatók finanszírozási módszere és a megfelelő forrásallokáció. A magánbiztosítás esetén a fogyasztó döntésén múlik a biztosítás megkötése. Társadalombiztosítás, azaz kötelező egészségügyi biztosítás esetén törvény írja elő a lakosság egészére vagy meghatározott részére a biztosítást. A két rendszer között alapvető különbség a biztosítási díj fizetésében

---

<sup>4</sup> SZENTES TAMÁS: A hazai egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései. *GT-Gazdaság és Társadalom*, Társadalomtudományi folyóirat, Társadalom és Politika, 2004/2. sz. 78. p.

van, azaz a kockázat megosztásában. A magánbiztosításon alapuló rendszer alapvető problémája, hogy a lakosság jelentős rétegei biztosítás nélkül maradnak. Közéjük tartoznak azok a szegények, akik alacsony keresetük miatt nem képesek megfizetni a biztosítási díjat. A társadalombiztosítás szempontjából azonban nem mindegy, hogy költségvetési finanszírozásról, vagy kötelező biztosításról van-e szó. Amíg ugyanis a költségvetésnek befizetett adó felhasználása az egyén számára követhetetlen, addig a kötelező biztosítás esetében láthatja, hogy mennyit fizet az egészségügyi ellátásért.<sup>5</sup>

A mai finanszírozási modelleknél az figyelhető meg, hogy az állam szerepvállalása a társadalombiztosítási és adókból finanszírozott rendszerekben valamelyes csökkent, ugyanakkor a szabadpiaci formát követő országokban nőtt. A magánfinanszírozás szerepe viszont ezzel ellentétesen változik, vagyis az erős öngondoskodási modellt követő országokban folyamatosan csökken, míg a Bismarck, illetve Beveridge-féle modellt követő országokban nő. A köz és a magánfinanszírozás egyfajta közeledése, konvergenciája figyelhető meg. Az egészségügyben észlelhető technológiai fejlődés és bizonyos társadalmi változások az ellátással szembeni igények további diverzifikálódásához vezettek. Ennek hatékonyabb kielégítése a magánfinanszírozás különböző formáinak növekvő szerepéhez vezettek.

### 1. Jelenlegi finanszírozási modellek

Az európai államok egészségügy-finanszírozásában ma alapvetően három modell jelenik meg. A jóléti, melyet a skandináv államok alkalmaznak, a kompenzációs Németországban, Ausztriában és Hollandiában jelenik meg, és a reziduális, az angolszász országok alkalmazásában.

A jóléti modell arra törekszik, hogy az emberek elsődlegesen a piacgazdaság keretein belül tudják jóléti állapotukat megteremteni. A teljes foglalkoztatásra alapoz, hogy a munkán keresztül biztosítsa a jólétet, hiszen a GDP is ezáltal növekszik, és a társadalom tagjainak részesedése is a megtermelt javakból történik.

A kompenzációs modell a munkaerő piacot nyitottá teszi a piac számára, azonban olyan szociális intézkedéscsomagot hoz létre, mely felfogja a piac negatív hatásait. E modell működtetői szociális piacgazdaságnak nevezik magukat.

A reziduális modell jellemzője, hogy az állam mint másodlagos kompenzátor jelenik meg, a szociálpolitikát a szelektivitás jellemzi.

---

<sup>5</sup> OROSZ ÉVA: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Politikatudományok Alapítvány. Budapest, 1992, 77–83. p.

## 2. Finanszírozási formák

A finanszírozás területén az egyes országok mind-mind különböző módszerrel próbálkoznak. Mindegyiknek vannak előnyei és hátrányai is. Nélkülözhetetlen a szabályozás és a kontroll, hogy az előírásokat mindenki betartsa.

### *– Központi centralizált finanszírozás*

Ez a rendszer a volt szocialista országokban volt megtalálható, valamint Anglia alkalmazza. Az ellátást központi forrásból, a központi költségvetésből finanszírozzák. Alapja a tervutasításos bázisalapú intézményfinanszírozás. A működtető az intézményeket finanszírozza függetlenül azok tényleges tevékenységétől. Az ellátás állampolgári jogon jár. A befizetés centrális elvonással, adó formájában történik. A rendszer működése egyszerű, mert csak az előirányzatokat kell időarányosan folyósítani. Nélkülözi a piaci viszonyokat, az árak egyáltalán nem ismertek, vagy nem valósak. Ár hiányában gazdaságosság nem valósulhat meg. A rendszer rendkívül pazarló, költségérzéketlen, nincsenek valós mérhető számok. A fejlesztések nem az igényekhez igazodva valósulnak meg, hanem központi tervezéssel, a tervek "lebontásával", nem nélkülözve a szubjektum meghatározó szerepét, a személyes kapcsolatokat.

Az angol rendszer hasonló struktúrában működik, azonban ott a piaci viszonyok előzőleg már racionalizálták az egészségügyi ellátást.

### *– Biztosítási elven alapuló rendszerek*

A rendszer célja a társadalmi szintű, szolidaritási elvű kockázatközösség megteremtése azért, hogy a biztosítottak aktuális jövedelmi helyzetüktől függetlenül tudjanak hozzájutni a szükséges és társadalmi méretekben megengedhető mennyiségű és minőségű egészségügyi ellátásokhoz. A lakosság személyes jövedelem pozíciója és a személyes egészségügyi szükséglete ugyanis fordítottan arányos egymással. A gyógyítás költségei olyan mértékűek, hogy csak társadalmi szolidaritási közösség képes kigazdálkodására. Az egészségi állapot változása előre nem tervezhető, az egyén által csak részben befolyásolható.

Ezen belül újabb három módszert különböztethetünk meg:

#### *a) Tételes tevékenységfinanszírozási rendszer*

A módszer a ténylegesen elvégzett tevékenységek tételes finanszírozásán alapul. A biztosított szerződéses kapcsolatban áll egy biztosítóval. A biztosítóval szerződésben álló orvosok közül szabadon választva veszi igénybe a szolgáltatásokat, amelyeket a biztosító tételesen megfizet a szolgáltatást nyújtónak. Itt a szektorsemmiség elve teljes mértékben megvalósul. Az orvos kizárólag teljesítménye alapján részesül bevételben. A rendszer nagyon drága, a költségek növelésére ösztönöz. A tételes elszámolások miatt az adminisztrációs költségek

is nagyon magasak. A visszaélés lehetőségét szakmai ellenőrzés útján próbálják kiküszöbölni. A módszer hátránya, hogy mivel az orvos a beteg betegségéből él, így nem érdekelt a preventív (megelőző) tevékenységben. Természetesen mód van a megelőzés ösztönzésére is.

#### *b) Normatív finanszírozás*

Ennél a módszernél nem a tényleges tevékenységet és az aktuális ráfordítást fizeti a biztosító, hanem az adott betegség átlagos ráfordítási költségét. Az alapellátásban a normatív finanszírozás klasszikus példája a fejkvóta alkalmazásával történő finanszírozás. Ezt akkor szabad csak bevezetni, ha társul hozzá a szabad orvosválasztás, mivel az orvos anyagi érdekeltsége a minél kevesebb szolgáltatásban rejlik. Csak a szabad orvosválasztás nyújthat kellő védelmet a betegeknek, ugyanis ha nincsenek megelégedve az orvos szolgáltatásával, akkor más választanak.

A fekvő beteg-ellátás területén az aktív kórházi ágyakon történő ellátások finanszírozására is alkalmas ez a módszer. A finanszírozás alapja, hogy betegségszempontokat képeznek (beavatkozás, kor, ápolási igény alapján), és a tevékenységeket az egymáshoz viszonyított pontérték alapján mérik.

A legismertebb az amerikai MEDICARE és MEDICAID rendszerben alkalmazható DRG (Diagnosis Related Groups) – „Homogén Betegségszempontok”. Az ilyen finanszírozás létrehozásának célja költségrobbanás megakadályozása volt, elsősorban ott, ahol az egészségügyi ellátás költségeit részben vagy egészben a költségvetés fedezi. A rendszer működése azon alapul, hogy az átlagos ráfordítás alapján a betegségek kezelési igénye szerint csoportokat képeznek, és a csoportokhoz az átlagos és szükséges ráfordítások alapján pénzüsszegeket rendelnek.

Csoportképző faktorok:

- diagnózisok (BNO kód);
- végzett főműtét (WHO kód);
- beteg általános állapota;
- adott BNO- és WHO kódhoz tartozó átlagos ápolási idő;
- ápolási határnapok (átlagos minimális és maximális ápolási idő).

A fenti adatokból képezett index alapján az adott ápolási eseményeket a fentiek alapján csoportokba sorolják, és a csoporthoz tartozó átlagos összeget utalja a finanszírozó az ellátónak a ténylegesen felmerült költségektől függetlenül. Ez a módszer szelektálja az intézményeket, vannak, amelyek megtakarítást tudnak elérni, és akkor az átlagosnál nagyobb jövedelmet realizálhatnak, az átlagosnál gyengébben teljesítők viszont tönkremehetnek. Ez a finanszírozási mód a felesleges ágyak felszámolásához és az ápolási idő lerövidítéséhez is vezethet. Azonban az is előfordulhat, hogy megnyugtató állapotjavulás előtt küldik haza a beteget a takarékoskodás miatt.

c) Önszegélyező betegpénztárak elvén működő HMO (Health Maintenance Organisation) rendszer

Spontán alakult közösség saját alapba fizeti a teljes egészségügyi ellátásra szánt összeget. Az alappal az alapellátás orvosai gazdálkodnak. Ők rendelik meg a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásait is, és ők is fizetik. Teljes mértékben a megelőzésen van a hangsúly, mert ebben teszi érdekeltté az orvosokat. Annál több pénze marad meg, minél egészségesebb a betege. Hátránya lehet a rendszernek a beteg rovására megvalósított túlzott takarékoság. Biztosítékot nyújthat, ha a megtakarításoknak csak bizonyos része fizethet ki bérként.<sup>6</sup>

E rendszereket vizsgálva a következő elméleti problémák kerülnek előtérbe, amely problémák az egészségügy sajátosságaival vannak összefüggésben, és amelyekre a nemzetközi egészségügyi-közgazdaságtani szakirodalom és az egészségpolitikai gyakorlat is kereste a megoldásokat.

- Mi a termék az egészségügyben? A nyújtott szolgáltatás maga, azaz az el látott különböző esetek, az ápolási napok száma, avagy a szolgáltatás igénybevétele által előidézett javulás az egészségi állapotban, ami az egészségesen eltöltött idő növekedésében mérhető. Miután a vevő információja elégtelen a vásárlói döntések meghozatalához, nincs abban a helyzetben, hogy racionális döntést hozhasson összhaszna maximalizálása érdekében. A terméknek a finanszírozhatóság és az egyszerűbb definiálhatóság okán a nyújtott szolgáltatásokat tekintik.
- Ki a vevő az egészségügyben? A szolgáltatást elfogyasztó beteg, a szolgáltatást megfinanszírozó biztosító, vagy a szolgáltatásokat előíró, illetve a továbbutalásról döntő orvos? A vevőoldali szabályozás lehetőségét jelentősen legyengítik ezek a bizonytalanságok.
- Fontos annak kiemelése, hogy az információ aszimmetrikus az eladó és a vevő között, ami nem biztosítja a szabadpiaci adásvétel, illetve áralku hatékonyságát az erőforrások allokációjában. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a nagyjából piaci elemekre épülő egészségügy működtetése drágább, ugyanabból az erőforráshalmazból kevesebb egészségiállapot-megőrzés, illetve -javulás érhető el.
- Az állami beavatkozás, illetve aktív részvétel elkerülhetetlennek látszik az egészségügyben. Ennek legfontosabb területe elsősorban a finanszírozási rend kialakítása. A tulajdonlás kérdése csak másodlagos, az ellátást nyújtókat nem a tulajdonosi helyzetük, hanem a finanszírozási, minőségbiztosítási szabályozások befolyásolják leginkább.
- A közgazdasági szabályozás jelentősége elsősorban a kínálati oldalon lehet eredményes. Elsősorban az eladó pazarló magatartását szükséges befolyásolni, miután a vevői szerep felvállalásával, a szolgáltatásokat ő

<sup>6</sup> TÖRÖK KOVÁCS ANETT: Az egészségügy finanszírozás új rendszere Magyarországon. *Polvax*, Társadalomtudományi folyóirat. I évf. 1997/7. sz. 85–89. p.

(mint a vevő ügynöke) ajánlja, illetve írja elő a beteg részére. Itt egy természetes eladói érdek jelenik meg az orvos magatartásában, ami vevői ellenérdekeltség, kontroll híján túlfogyasztást, pazarló erőforrás felhasználást eredményez. Az éves költségvetés, a fejkvóta, az esetátalány mint központi finanszírozási technikák, illetve a versenyfinanszírozási technikák (HBCS) nyújthatnak lehetőséget a kínálat regulációjára, az adminisztratív kapacitás korlátozás mellett.

- A keresleti oldalon megjelenő pazarló igénybevétel az előre fizetendő átalányalapú társadalombiztosítás és az aszimmetrikus információbirtoklás terméke. Szabályozása az önrészfizetési, illetve a prevenciót jutalmazó finanszírozási technikák alkalmazásával lehetséges.<sup>7</sup>

E sajátosságok nehezítik a közgazdasági eszközök alkalmazását az egészségügy működtetésében, ami bonyolultabbá teszi a költséghatékonyságot, a hatékony erőforrás-allokáció követelményeinek az érvényesítését.

*Magyarországon* az egészségügyi rendszer finanszírozása szempontjából a következőket szükséges kiemelni. A Megyei Egészségügyi Pénztár az egészségügyi szolgáltatások nyújtására finanszírozási szerződést köt az adott szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel és felelősségbiztosítással rendelkező szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval. A Megyei Egészségügyi Pénztár az alapellátás keretében finanszírozást nyújt, ha a tevékenységet végző szolgáltató a szolgáltatás végzésére jogosító működési engedéllyel és felelősségbiztosítással rendelkezik, és megfelel a jogszabályokban a finanszírozásra vonatkozóan meghatározott egyéb feltételeknek. Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben meg kell határozni

- a) a lekötött kapacitáson nyújtandó szolgáltatásokat szakterületenkénti bontásban, a területi ellátási kötelezettség és a rendelkezésre állás megjelölésével, ideértve azt is, hogy az adott szolgáltatást saját maga vagy más egészségügyi szolgáltató igénybevételével nyújtja;
- b) a szolgáltatás nyújtásához rendelkezésre álló, a finanszírozás szempontjából meghatározó feltételeket;
- c) a táppénzfizetés alapjául szolgáló keresőképeség elbírálására, továbbá a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás támogatással történő rendelésére jogosult személyek azonosító adatait;
- d) az egészségügyi szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettségét;
- e) a külön jogszabály rendelkezései szerinti feltételeket;
- f) a szerződés hatályát, a módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszűnése esetén követendő eljárást, ideértve a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítési rendjét is.

---

<sup>7</sup> IVÁDY VILMOS: Az egészségügyi rendszerek működésének egyes közgazdasági kérdései. *Társadalom és Gazdaság*, 1996. 1 kötet. 271–275. p.

#### A finanszírozási szerződés mellékletét képezi

- a) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés;
- b) amennyiben az egészségügyi szolgáltató a külön törvény szerinti egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel egészségügyi ellátási szerződést kötött az egészségügyi közszolgáltatás nyújtására, e szerződés másolata.

A finanszírozási szerződés módosítását – figyelemmel a kapacitáslekötési megállapodásokra – bármelyik fél kezdeményezheti.

#### Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni

- a) ha a működési engedélyét módosították;
- b) a személyi és tárgyi feltételek változását, amennyiben azok a finanszírozott feladatkör ellátását érintik.

Ha felmerülne, hogy az egészségügyi szolgáltató a részére meghatározott kötelezettségét elmulasztja, köteles az ebből eredő finanszírozási többletet visszatéríteni. A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával a Megyei Egészségügyi Pénztár gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésre jogosító szerződést köt, amennyiben az orvos

- a) külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére jogosult, és
- b) a szerződés megkötését kezdeményezi, feltéve, hogy a támogatással történő rendelésből nem zárták ki.

#### A támogatással történő rendelésre jogosító szerződésben meg kell határozni

- a) az orvos szakorvosi szakképesítését;
- b) azokat a jogcímeket, amelyek alapján az orvos támogatással történő rendelésre válik jogosulttá;
- c) a szerződés hatályát, a módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszűnése esetén követendő eljárást, ideértve a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítési rendjét is.

#### *Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának szempontjai Magyarországon*

##### Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

- a) a ráfordítások alapján meghatározott normán;
- b) az ellátandó feladatokon;
- c) az ellátott esetek számbavételén;
- d) fejkvótán;
- e) a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain;
- f) az a)–e) pontban foglaltak kombinációján, és



g) az árhoz nyújtott támogatáson alapuló rendszerben történik.

Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kezeli. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10 %-a engedményezhető. Az Egészségbiztosítási Alapból a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (tulajdonos, kezelő) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel. Abban az esetben, amikor a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak, a finanszírozás keretében kapott összeg az egészségügyi szolgáltatók működésével kapcsolatos igazgatási kiadásaira nem használható fel. A finanszírozott egészségügyi szolgáltató részére – a biztosítási jogviszony keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások igénybevehetőségét veszélyeztető – kritikus gazdálkodási helyzet esetén, amennyiben annak megelőzésére, illetve elhárítására saját hatáskörben bizonyíthatóan minden lehetséges intézkedést megtett, és a tulajdonos saját forrásaiból meghatározott arányú konkrét hozzájárulást, valamint garanciát vállal, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – az Egészségbiztosítási Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére – egyszeri, kamatmentes finanszírozási előleget nyújthat.

Ha az egészségügyi szolgáltató, illetőleg a helyi önkormányzat a finanszírozási szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból kapott összeget nem a finanszírozási szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használja fel, köteles a kapott összeget – a szerződésszegés esetére kikötött egyéb jogkövetkezmények mellett – az Egészségbiztosítási Alap számára megtéríteni. Amennyiben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a szolgáltató részére járó havi finanszírozási összeg utalványozását nem a szolgáltató hibájából meghatározott határidőig nem teljesíti, a határidő lejártát követő naptól köteles a szolgáltató részére a Polgári Törvénykönyv szabályainak megfelelően az Egészségbiztosítási Alap ellátási költségvetés egyéb kiadásai terhére késedelmi kamatot fizetni.

A finanszírozási szerződést a szolgáltató székhelye szerint illetékes Megyei Egészségügyi Pénztár, vasút-egészségügyi szolgáltató esetén a Vasutas Társadalombiztosítási Intézet köti meg. A finanszírozási szerződést főszabály szerint határozatlan időre kötik meg.

### *III. A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása Magyarországon*

Az egészségügy finanszírozásának általános elemzése után a következőkben a fekvőbeteg-ellátásra fókuszálva próbálom bemutatni az itt található sajátosságokat. Az egészségügy az egész világon válságban van. A szegény régiókban az

anyagi források hiánya a fő probléma, de még a legfejlettebb és az egészségügyre legtöbbet fordító országokban is alapvető változtatásokat sürget maga az orvostársadalom, és a finanszírozók is dolgoznak a változásokon. Elterjedt nézet, hogy az egészségügy feneketlen zsák, mert az egyre újabb és egyre drágább diagnosztikai és gyógyító eszközök, műszerek, reagensok, gyógyszerek és oltóanyagok bevezetése miatt emelkednek a költségek. Az egészségügyi kiadások azonban nem emelkednek lineárisan az egészségi állapot javulásának növekedésével. Emellett a növekvő életkor, a sok esetben hajsztolt, zaklatott és egészségtelen életmód, az élvezeti cikkek egyre fokozódó fogyasztása, a megoldatlan szociális és pszichiátriai problémák mind az egészségügy költségeit terheli. A világ leggazdagabb országa, az Amerikai Egyesült Államok a megtermelt javak megközelítően 15 %-át fordítja egészségügyi kiadásokra, de a lakosság közel 40 %-a nem rendelkezik megfelelő egészségügyi biztosítással.<sup>8</sup>

Magyarország kiemelkedő példája az ún. „közép-kelet-európai paradoxon”-nak, mely a makro- és mikrogazdaságban gyors fejlődést tükröz, emelkedő GDP-értékek kíséretében, ugyanakkor a lakosság egészségi állapotában, a betegségek előfordulásában, halálozási adatokban az európai átlaghoz képest jelentős elmaradást mutat. Hazánkban az egészségügyre a GDP igen alacsony hányadát fordítják, sőt, a '90-es évektől kezdve fokozatos költségvonásnak is tanúi lehetünk (30–40 %-os reálérték-csökkenés). Nálunk a problémákat tovább nehezíti a megalázó és etikátlan hálapénz rendszer, amely elsősorban az alulf finanszírozás következménye. Ha az ellátás és a bánásmód színvonala javul, minden bizonnyal fokozatosan háttérbe szorul ez a torz piaci magatartás. A hálapénzre való hivatkozással megállapított, elfogadhatatlanul alacsony bér minden egészségügyi dolgozót sújt. A méltánytalanul alacsony fizetés pályaelhagyást és így válsághelyzetet idéz elő; a létszámből eredő ápolás-elégtelenség emberéletekbe is kerülhet. A fejlett nyugati országokból számos olyan korábbi egészségügyi szervezési, költségvetési és ellenőrzési rendszert vettünk át és veszünk át ma is, amelyeket az angolszász orvostársadalom legjobbjai gyakorlati tapasztalataik alapján már évek óta nem alkalmaznak. A legalapvetőbb probléma az, hogy a betegorientált egészségügyből profitorientált szervezet lett.

A magyar fekvőbeteg-ellátás tekintettel a progresszív ellátás követelményére területileg négy szinten került megszervezésre. Ez a négy szint a városi (alap), a megyei, a regionális és az országos szint.

A városi ellátási szint feladatait fekvőbeteg-ellátásban a városi kórházban látják el. Az alapszint diagnosztikai feltételei az általános laboratórium, a 12 elvezetési EKG, a hagyományos röntgendiagnosztika, a képalkotó eljárások közül legalább hasi UH-készülék, az élesztéshez szükséges eszközök (alapvető a defibrillátor), 200 ágyas kórházban kórszövettan, patológia, aneszteziológia. A fekvőbeteg-intézményekben ellátható szakmák az általános belgyógyászat, az

<sup>8</sup> VERBELEN, B.: *The United States health care system. Invisible hand, visible effects?* MAKLU Uitgevers-Apeldoorn, 1994, 18. p.

általános sebészet (traumatológia részleg esetleges), szülészet-nőgyógyászat, gyermekgyógyászat (újszülöttellátást is beleértve), ideg- és elmegyógyászat, fül-orr-gégészet, urológia és szemészet. Ellátandó lakosság szám 100.000 fő alatti, vagy akörüli.

A megyei ellátási szint feladatait általában megyei és fővárosi kórházakban látják el. Ennek a szintnek a szakmai feladatát a nagyobb medicinális diszciplínákon belül speciális feladatok ellátása jelenti. Egyben városi (alap) ellátási feladatokat is meg kell oldania a kijelölt területén lakók számára. A diagnosztikához a laboratóriumban már speciális enzinkémiai, immunvizsgálatok is hozzátartoznak. A radiológia az ikonográfiában a rétegfelvételi technikákkal, az izotópdiagnosztikai speciális eszközeivel, az ultrahangvizsgálatokkal és számos más eszközzel egészül ki. Ma már megyei szintű feladat a CT biztosítása. A kórszövettan vonatkozásában a nőgyógyászati, gastrointestinális, pulmonológiai, citológiai, intraoperatív, fagyasztásos technikák, onkológiai diagnosztikus, számos korszerű immunkémiai és egyéb eljárás tartozik a korszerű követelményekhez. Személyi feltételeit a „ráépíthető” szakvizsgák, vezetőknél lehetőleg tudományos minősítés jelenti. A fekvőbeteg-ellátásban ellátandó szakmák a jelenlegi 22 szakma, valamint az alábbi specialitások: kardiológia, hematológia, immunológia, anyagcsere, endokrinológia, gasztroenterológia, nefrológia, dialízis, érsebészet, PIC és krízisintervenció (pszichiátria). A megyei szintű kórházak 12 szakmánál több szakmát ellátó intézmények. Az ellátandó terület lakosainak száma 200.000–500.000 fő.

A regionális ellátási szint már a superspeciális szakmák sajátos, rendkívül eszköz és munkaigényes szakterületeit jelenti. Ennek a szintnek a feladatai már az orvostudomány fejlődésének függvényében igen dinamikusán változnak, ezért egy-egy ilyen regionális központ pontos feladatát csak rövid távra lehet definiálni. A konkrét regionális feladatok általában csak egy-egy szakmailag rendkívül igényes, jelentős műszer- és költségigénnyel rendelkező szakmai feladatra szerveződnek. Regionális szintű feladatok ellátása nem szükséges minden szakmában. Különböző feladat ellátása azonos régió belül más-más intézményben is lehetséges pályázat útján elnyert feltételek mellett. Személyi feltétele a tudományos minősítéssel rendelkező vezető. Diagnosztikája többnyire már speciális szakterületi diagnosztikát jelent. Az általános feltételek közül ide sorolható a képalkotó diagnosztikában az MRI és a duplex color scan angiográfia, valamint a hemodinamika, molekuláris biológiai módszerek, DNS diagnosztika. Ezen a szinten ellátandó feladat az adott szakma megyei szintű összes feladata mellett a szív- és érsebészet, az idegsebészet, a szervátültetés, a lombikbébi program, a perinatális diagnosztika és terápia, a sugár- és lézertérápia valamint az égésterápia (plasztikai lehetőséggel). Egy-egy ilyen régióközpont ellátási területe 1–3 millió lakosra terjedhet ki. A főváros vonzáskörzete 3–4 millió fő.

Az országos ellátási szint terápiás feladataiban és diagnosztikai hátterében lényegében nem különbözik a regionális szinttől. Pluszfeladata az adott szakma országos felügyelete. A szakmákat általában egy-egy intézet kell képviselje.

Ezeknek a telepítése lehetséges klinikákhoz, országos intézetekhez. Történeti távlatban mindig lesznek olyan terápiás és diagnosztikai eljárások, amelyekből csak egy van az országban.<sup>9</sup>

A kötelező betegségbiztosítás és magánosítás szempontjából az intézmények állami fenntartása helyett egyre inkább a nyújtott szolgáltatások megvásárlása kell hogy a biztosító feladata legyen. Ez a helyzet a kórházi struktúra számára átalakulási kényszereket kell, hogy jelentsen, amelyben az átlagos szintű területi kórházi ellátás mellett célszerű megőrizni és továbbfejleszteni a progresszív ellátás elveit és gyakorlatát. Ehhez a biztosításpolitikával együtt markáns egészségpolitikára van szükség, amely válaszokat ad az orvos szakmai fejlődés követelményeire és biztosítja a források megalapozott, igazságos felhasználását.

A fekvőbeteg-ellátás Magyarországon lehet folyamatos benntartózkodás mellett, vagy meghatározott napszakban benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs és ápolási célú ellátás, valamint olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amely miatt a beteg meghatározott idejű megfigyelést igényel. A betegek a fenti fekvőbeteg-ellátások keretében térítésmentesen jogosultak a rendelkezésre álló és a szakmai, valamint az etikai követelményeknek megfelelő fekvőbeteg-gyógyintézetben való elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátásuk ott indokolt. Jogosultak a betegség megállapításához szükséges vizsgálatokra, az orvos előírása szerinti gyógykezelésre (szükséges műtési beavatkozás és annak során felhasznált gyógyászati anyagok), az orvos előírásai szerinti gyógyászati ellátásra, a gyógykezeléshez szükséges gyógyszerre (vérkészítményre), kötszerre, valamint az ideiglenes gyógyászati segédeszközre és használatának betanítására, a gyógykezeléshez szükséges ápolásra, szakápolásra, továbbá az otthonába történő távozást követő időszakra vonatkozó életvezetési tanácsadásra, és amennyiben szükséges a diétás tanácsadásra, és az étkezésre, illetve, ha szükséges, az orvos által rendelt diétára.

A fekvőbeteg-szakellátást a beteg folyamatos ellátását végző orvosának, kezelő orvosának (házi orvos, járóbeteg-szakellátási orvos) beutalása alapján lehet igénybe venni. A fekvőbeteg-szakellátás igénybevételére akkor is sor kerülhet, ha az ellátásra jogosult személyek társadalombiztosítási ellátást, szociális jutást vagy egyéb kedvezményt csak orvos szakértői vélemény alapján vehetnek igénybe és a szakvélemény megadásához szükséges kivizsgálást fekvőbeteg-gyógyintézményben végzik el, illetve a beteg állapota az azonnali ellátást indokolja. A fekvőbeteg-szakellátást csak a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet (TAJ-szám) igazoló okmány (TAJ-kártya) bemutatásával, valamint a személyazonosság egyidejű hitelt érdemlő igazolásával lehet igénybe venni.

A felsorolt ellátásokon túl a betegek további szolgáltatásokra is igényt tarthatnak a fekvőbeteg-gyógyintézményekben, de ezeket már nem ingyenesen, hanem részleges térítési díj ellenében vehetik igénybe. Részleges térítési díjat kell fizetni akkor, ha valaki az ellátást beutaló nélkül akarja igénybe venni és az

<sup>9</sup> *A magyar kórházügy.* (Szerk. Aykai Zoltán és Kullmann Lajos) Magyar Kórházszövetség, Budapest, 1995, 78–85. p.

azonnali ellátása nem indokolt. Abban az esetben is fizetni kell, ha a beteg az ellátást nem annál az intézménynél kívánja igénybe venni, ahova beutalták, vagy az ellátást az orvos által szükségesnek tartottól eltérő – többletköltséget eredményező – tartalommal kívánja igénybe venni, illetve az egyéni igényű étkezés, az indokoltnál magasabb színvonalú elhelyezés esetében. Ilyen esetekre az egészségügyi intézményeknek jól látható helyen ki kell függeszteniük a térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások, valamint a fizetendő térítési díjak jegyzékét.

A fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, szanatóriumban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott legalább 24 órán keresztül – nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül – tartózkodik. Jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a fekvőbeteg-intézményben ellátott biztosított részére:

- a) a 0 alsó határnapú HBCs szerinti ellátás;
- b) a sürgősségi betegellátásra vonatkozó szabályok szerint nyújtott, 6–24 órás ellátás;
- c) a 24 órán belül más intézetbe áthelyezett újszülöttek, továbbá
- d) az osztályra történő felvétel követően 24 órán belül meghalt személyek részére nyújtott ellátás is.

A fentiekben túl jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a biztosított részére fekvőbeteg intézményben nyújtott beavatkozás, amennyiben a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátották (egynapos beavatkozás). A fekvőbeteg-szakellátás esetén minden osztályos ápolási esetről Adatlapot kell felvenni. Az Adatlapon – a zárójelentéssel azonos adattartalommal – kell feltüntetni

- a) az intézmény és az ellátó osztály, valamint a beküldő kódját;
- b) az ellátott személy nevét, TAJ-számát;
- c) az ellátási eset intézeti azonosítóját (törzsszámát);
- d) a felvétel és az elbocsátás időpontját;
- e) a betegségek megnevezését, kódját, valamint típusjelét;
- f) az elvégzett orvosi beavatkozások jelét és kódját;
- g) a kórházból történő távozás módját;
- h) a tételes elszámolás alá eső eszközök megnevezését és kódját, továbbá az Adatlapon feltüntetett kiegészítő adatokat.

Az ápolást indokoló fődiagnózist az a diagnózist kell feltüntetni, amely az intézményi (osztályos) kezelést meghatározta, amelyhez az ellátási esethez kapcsolódó szolgáltatások tartoznak. Nem tüntethető fel ápolást indokoló fődiagnózisként olyan diagnózis,

- a) amelyet a betegnél nem állapítottak meg;

- b) amely kezeléséhez szükséges feltételekkel az egészségügyi szolgálat nem rendelkezik;
- c) amelyet megállapítottak, de a kezelést alapvetően nem ez határozta meg.

Az aktív fekvőbeteg-előirányzatból a progresszív ellátás finanszírozására elkülönített összeg felosztásáról az egészségügyi miniszter az Országos Egészség Pénztár főigazgatójával együtt dönt közösen kialakított és közzétett szempontok alapján. A fekvőbeteg-szakellátási intézet aktív és krónikus ellátást nyújthat. Az aktív ellátás végezhető mátrix szerkezetű fekvőbeteg-ellátó intézményben.

A szerződésben meg kell határozni

- a) az aktív és krónikus fekvőbeteg-osztályokat, szakmáknkénti bontásban;
- b) az aktív és krónikus osztályok ágyszámát és kódszámát;
- c) az egyes osztályok által nyújtott, finanszírozási szempontból kiemelt feladatokat, amelyek során tételes elszámolás alá eső eszközök felhasználására kerül sor, illetve, amelyek tételes elszámolás alá esnek;
- d) az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabály szerinti mátrix szerkezetű intézetre szóló ÁNTSZ engedéllyel rendelkező intézet esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó adatokat az intézetre összesítetten, továbbá a krónikus fekvőbeteg-szakellátási osztályokat részletesen;
- e) a külön rendeletben meghatározott feltételekhez kötött ellátásokat;
- f) a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését.

A krónikus betegellátás szakmai csoportosítási szempontjait, súlyozási szorzóit és a jelentési kódokat minden esetben pontosan meg kell jelölni. A finanszírozási szerződésben vállalt rehabilitációs szakfeladat mellett a krónikus ellátási szakfeladat és ápolási szakfeladat is, illetve a krónikus ellátási szakfeladat mellett az ápolási szakfeladat is – az adott szakfeladatnak megfelelő szorzó alapján – finanszírozható, amennyiben a feladat(ok) ellátására az egészségügyi szolgáltató működési engedéllyel rendelkezik. A krónikus ellátások egységnyi teljesítményének számításához betegcsoportonként kialakított szorzókat az egészségügyi miniszter rendeletben állapíthatja meg.

Az intézmény az aktív és a krónikus, a nappali kórházi, a kúraszerű, illetve az egynapos beavatkozási esetekről, továbbá a kórházban elhunyt beteg boncolásáról a tárgyhót követő hónap 10. napjáig jelentést küld az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megküldi az intézetek teljesítményét a feldolgozás eredményével együtt az egyéb térítési kategóriák szerinti finanszírozást végző szervezeteknek, továbbá az intézmények részére a saját jelentésük feldolgozásának eredményét. A krónikus betegellátásban a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: FNO) szerinti funkcionális állapotot kell jelenteni. Az ápolás-gondoskodás biztosítárendszerének megalapozása érdekében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár pályázatot írhat ki

- a) szociális és egészségügyi feladatot is ellátó, vegyes profilú házi szakápolásra, gondozásra, továbbá otthoni hospice ellátásra a házi szakápolási előirányzatban e célra elkülönített 300 millió forint felhasználásával;
- b) vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátásra vagy intézeti hospice ellátásra a krónikus fekvőbeteg-szakellátás előirányzatban e célra elkülönített 300 millió forint felhasználásával.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a fekvőbeteg-ellátásban résztvevőknek szigorú követelményeknek kell megfelelniük. Ez a szigor annak a következménye, hogy sokszor életek múlnak azon, hogy a kialakított rendszerben a visszacsatolási-ellenőrzési mechanizmusok megfelelően működnek-e.

#### *IV. A Homogén Betegségcsoportok rendszerének bemutatása és elemzése*

Az egészségügy két legnagyobb területét különböző módon finanszírozzák. Ez a két terület a fekvő- és a járóbeteg-ellátás.

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény szerinti finanszírozási összegét a progresszív betegellátás díja és a fix díj levonása után kell megállapítani. A szolgáltatók teljesítményét országosan egységes térítési díjjal kell elszámolni. A krónikus ellátások súlyozott napi díja homogén betegségcsoport(ok) (a továbbiakban: HBCs) súlyszám díja közti átszámítással a fekvőbeteg-ellátás teljesítmény értéke egységesen HBCs súlyszámában is kifejezhető. Az aktív és a krónikus fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény szerinti finanszírozása előre meghatározott országos díjjal történik. Az országos díjat akkor kell változtatni, ha az éves előirányzat keretén belül az egyenletes, kiszámítható finanszírozás biztosítása azt indokolja. A változást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezdeményezésére az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közös közleményben teszi közzé.

Az aktív és a krónikus ellátás havi teljesítményingadozásainak kiegyenlítésére az Egészségbiztosítási Alap éves költségvetésében az aktív fekvőbeteg-ellátási kasszából 1700 millió forintos, a krónikus fekvőbeteg-ellátási kasszából 250 millió forintos elkülönített kiegyenlítő tartalékkeret szolgál.

Amennyiben a megállapított egységes országos díj és a tárgyhavi teljesítmények alapján kifizetendő összeg magasabb a rendelkezésre álló havi előirányzatnál, a különbséget a kiegyenlítő tartalékkeretből kell kifizetni, ellenkező esetben a különbség a kiegyenlítő tartalékkeretet növeli. A tárgyév utolsó hónapjában a kiegyenlítő tartalékkeretek maradványát a fekvő-, járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók között – az általuk nyújtott évi aktív, járó, illetve krónikus teljesítmény arányában – kell kiosztani.

A biztosított részére az intézménybe történő felvételétől az elbocsátásáig nyújtott ellátás egy ellátási esetnek számít, függetlenül attól, hogy ez idő alatt az intézmény egy vagy több, szervezetiileg önálló osztályán nyújtották az ellátást.

Ehhez az ellátási esethez tartozik a felvétel napján az ugyanazon intézetben nyújtott járóbeteg-szakellátás és a határnapon belüli ismételt felvétel is.

A krónikus ellátás esetén – ide nem értve a nappali kórházi ellátást – az egy ellátási esetben legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is beszámítható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napi díj 70 százalékára jogosult. A pszichiátriai aktív ellátás esetén az egy ellátási esetben a felső határnapot meghaladó időszakban legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is beszámítható azzal, hogy a szolgáltató a díj 70 százalékára jogosult. A 72 órás megszakítás a krónikus és a pszichiátriai aktív ellátás esetén havonta legfeljebb egyszer számolható el, ha a megszakításra legkorábban az osztályos felvétel 6. ellátási napján, és legkésőbb az osztályos elbocsátást megelőző 9. ellátási napon került sor.

A felső határnapon belüli, ugyanazon intézetbe történő ismételt felvétel meghatározott esetekben nem számít az előző kezeléssel összevonva egy ellátási esetnek. Egy ellátási eset egy vagy több finanszírozási esetet képezhet. Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset egy finanszírozási esetnek minősül, amelynek típusát a fekvőbeteg-ellátó osztály aktív vagy krónikus minősítése határozza meg. Önálló finanszírozási esetnek minősül a kórházban meghalt beteg boncolása is. Amennyiben egy beteget több aktív osztályon kezeltek – függetlenül az áthelyezés indokától – egy aktív finanszírozási esetként kell kezelni. Újabb aktív finanszírozási esetnek minősül, ha az ellátási esetek között 30 napot meghaladó krónikus osztályon történő elhelyezésre került sor. Az ellátásokat önálló finanszírozási esetekként kell elszámolni, amennyiben a beteget aktív és krónikus osztályon is kezelték. Egy intézményen belül az aktív osztályról a krónikus osztályra áthelyezett esetről a normatív ápolási időt követően 7 napon belül, az intenzív rehabilitációs osztályra áthelyezett esetről 5 napon, illetve, ha ez kevesebb a felső határnapon belül nem számolható el a krónikus osztályon nyújtott ellátás.<sup>10</sup>

A rövid ellátási (az alsó határnap letelte előtt befejezett) eset után az intézmény nem jogosult a teljes HBCs-díjra. Az alsó határnap alatti egy napra eső díj a teljes HBCs-díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosa. Az aktív osztályon a főbeavatkozás és a mozgásszervi rehabilitáció szerinti ráépített HBCs is elszámolható, amennyiben a finanszírozási esetről az aktív ellátáson túl az aktív osztályon rehabilitációra is sor került. Az aktív osztályon kezelt felső határnapot meghaladó idejű esetről (a továbbiakban: hosszú ellátási eset) a felső határnapot meghaladó időtartamra a napi díjazást a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában kell megállapítani. Az intenzív osztályon a hosszú ellátási eset napi díja a krónikus ellátás napi alapdíjának a négyszerese. Nappali kórházi ellátás az osztályos háttér ágyszám szerint ellátható betegszám 50 százalékáig jelenthető, a teljesítmény 0,7-es szorzóval számolható el.

Az irányított betegellátási modellkísérletben részt vevő – az adott szakma tekintetében működési engedéllyel rendelkező – nappali kórházi ellátást végző

<sup>10</sup> SZENTES TAMÁS: i. m. 80–82. p.



szervező által nyújtott ellátás a finanszírozási szerződésben meghatározott ágyszám szerint ellátható betegszámig jelenthető, a teljesítmény 0,7-es szorzóval számolható el. Az aktív fekvőbeteg-osztályról csak az osztály ágyszáma és a tárgyhónap napjai számának szorzatával meghatározott ápolási nap szerinti teljesítmény számolható el. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít. Krónikus fekvőbeteg-osztályokról csak az osztály ágyszáma és a tárgyhónap napjai számának szorzatával meghatározott ápolási nap számolható el a havi teljesítményjelentésben. Az intézmény köteles részjelentést adni azon betegekről, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. A krónikus fekvőbeteg-ellátásban teljes ápolási nap csak a beteg 24 órás kórházi benn-tartózkodása esetén számolható el. A felvétel és az elbocsátás napja egy napnak számít. Az egymással összefüggő kezelési sorozatot alkotó befejezett vagy lezárt kúraszerű ápolási események elszámolása – ambuláns ellátás esetén is – a HBCs szerint történik.

Az előre nem tervezhető, rendkívüli, illetve egyedi eset az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójának döntése alapján bármely, az ellátásra szakmailag alkalmas szolgáltatónak – az esetre vonatkozó külön szerződés nélkül – finanszírozható. Amennyiben a szolgáltató igazolt többletköltsége az 5 millió forintot meghaladja a nem tervezhető, rendkívüli, illetve az egyedi eset az egészségügyi miniszter egyetértése esetén finanszírozható. A finanszírozás összegének kiegészítésére irányuló igényt – részletes költségkimutatással együtt – a szolgáltató az adott ellátás befejezését követő 60 napon belül nyújthatja be, abban az esetben, amennyiben a betegellátás költsége a finanszírozott HBCs-díj ötszörösét meghaladja.

Összefoglalva a leírtakat megállapítható, hogy fekvőbeteg-ellátás az intézményben végzett minden ellátási esemény, melynek során a beteget hosszabb-rövidebb ideig ápolják az intézmény valamely fekvőbeteg osztályán. Az ápolási időt figyelembe véve az ellátás több részterületre bontható, a különböző részterületeket eltérő módon finanszírozzák. Ez alapján különböztetünk meg aktív és krónikus ápoló osztályokat. A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, amelynek során az ellátás befejezése többnyire tervezhet és az esetek többségében rövid időtartalmú. Az aktív ellátás során az orvosi tevékenység a döntő. Az aktív osztályok feladata a beteg mielőbbi meggyógyítása, és annak elősegítése, hogy rövid időn belül újra egészségesen távozzon az intézetből (pl. sebészet, szülészet).<sup>11</sup>

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, illetve fenntartása. A krónikus ellátás befejezése általában nem tervezhető, és időtartama az esetek többségében hosszú. A krónikus osztályokon az idült állapotú betegek gyógyítása történik, olyan eseteké, amelyek ápolása hosszú időt vesz igénybe, vagy az aktív osztályokon ápoltak utókezelése. Ez az ápolás azt segíti elő, hogy a beteg teljesen

---

<sup>11</sup> Uo. 82–85. p.

gyógyultan távozzon az intézményből, és önállóan tudjon gondoskodni magáról (pl. rehabilitációs és utókezelő osztály).

A krónikus osztályra helyezett betegek díjazása az ápolási időtartam alapján történik. Az alapidj az egy súlyszámú ápolási napra vonatkozik. Az alapidj a bázisidőszaki teljesítmények és súlyszám-összegek szerint kerül meghatározásra a krónikus ellátásra elkülönített költségvetési irányzatoknak megfelelően. A fekvőbeteg osztályok esetében a finanszírozás alapját az 1992. év adja, melyet bázis időszaknak tekintenek. Ezen időszak teljesítményét a kiírt betegek adatai alapján kellett meghatározni a homogén betegségcsoportokba történő besorolással. Ez a bázis teljesítmény adja az intézeti alapidj (súlyszám-érték) alapját. E súlyszám-érték intézetenként különböző. Az aktív osztályok finanszírozása is a HBCs-súlyszámok alapján történik. Ebből következően a homogén betegségcsoportoknak tekintjük az azonos teljesítményérték ellátási esetek orvosi szempontból is elfogadható csoportját, ahol

- az „azonos teljesítmény érték” a szakmai ellátás-igényesség színvonalával és a munkaráfordítással kifejezhető azonosságot jelenti;
- az „orvosi szempontból is elfogadható” csoportok meghatározás pedig azt, hogy a csoportok orvos-szakmai szempontból is értelmezhető szakmai felosztást jelentenek.

Minden HBCs-n belül meg kell különböztetni az átlagos, a rövid, a hosszú és az áthelyezett eseteket. Átlagos ellátási esetnek minősül az ellátás, ha annak időtartama az adott HBCs-re megállapított alsó és felső határnap között van. Rövid ellátási esetnek minősül az ellátás, ha annak időtartama nem éri el az adott HBCs-ellátására megszabott alsó határnapot. Hosszú ellátási esetnek minősül az ellátás, ha az aktív minősítés osztályon, részlegen az ellátás időtartama meghaladja az adott HBCs-ellátására megszabott felső határnapot. Áthelyezett ellátási esetnek minősül az ellátás, ha a beteget úgy helyezik át más intézménybe, hogy az ellátást indokoló fődiagnózis és az áthelyezés alapjául szolgáló diagnózis azonos HBCs-be tartozik, és az áthelyezést megelőző ellátásidő tartama nem érte el az adott HBCs normatív ápolási idejét. Az így meghatározott esetek alapján az intézmény a törvényben meghatározott teljesítmény elszámolására jogosult (pl. a rövid és az áthelyezett ellátási eset után csak a teljes díj és a normatív ellátási idő hányadosaként meghatározott, az adott betegségcsoportra vonatkozó egy napra eső díj és a tényleges ellátási idő szorzatának megfelel összegre jogosult az intézmény.)<sup>12</sup>

A fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásainak és az intézményi működésnek a problémaköre gyakran fedi egymást, hiszen a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásainak súlyaránya és költsége a legmagasabb arányú az egészségügyi intézményhálózat egészét tekintve. A fekvőbeteg-ellátás szolgáltatási rendszerének problémái az intézményhálózat körében már-már működésképtelenséget eredményező zavarokhoz vezetnek.

<sup>12</sup> AJKAY ZOLTÁN – GUSZTONYI ÁGNES: i. m. 109–151. p.

A 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről a következőket mondja ki: az egészségügyi intézmény (a továbbiakban: intézmény) az aktív minősítésű osztályain nyújtott ellátás esetében a meghatározott homogén betegcsoportokhoz (HBCs) rendelt súlyszám alapján részesül díjazásban. A HBCs-kbe sorolás módszertanát a népjóléti miniszter tájékoztatóban közzéteszi. Az ellátott eset HBCs-jének meghatározásában a besorolási tényezőket a lent ismertetettek alapján meghatározott sorrendben kell a csoportosításnál figyelembe venni. Az ellátott aktív kórházi eseteket a besorolási tényezők alapján első lépésben a homogén betegség főcsoportjához vagy az előcsoport-hoz kell rendelni. A főcsoporton belüli csoport-meghatározásban a besorolási tényezőnek minősülő beavatkozás végzése esetén a fődiagnózis miatti főbeavatkozás az elsődleges szempont. A főcsoportokon belüli csoport-meghatározást definiálhatja

- a) a fődiagnózis;
- b) a fődiagnózis és egyéb diagnózis kombinációja;
- c) a besorolási tényezőnek számító beavatkozás;
- d) a besorolási tényezőnek számító beavatkozások kombinációja;
- e) a fődiagnózis és/vagy egyéb diagnózis, valamint
- f) a beavatkozás vagy a beavatkozások kombinációja;
- g) a beteg életkora;
- h) az újszülött születési súlya.

Ha az ellátás során nem végeztek besorolási tényezőnek minősülő beavatkozást a besorolást a fődiagnózis alapján kell elvégezni. Az ellátási eset minősítésénél a főbetegséghez társult betegséget akkor kell figyelembe venni, ha a fődiagnózis miatt szükséges kezelést befolyásolja, illetve, ha annak alapján az esetet más HBCs-be is be lehetne sorolni, mint a fődiagnózis szerint. Minden HBCs-n belül meg kell különböztetni az átlagos, a rövid, a hosszú és az áthelyezett ellátási eseteket az alábbiak szerint:

- a) átlagos ellátási esetnek minősül az ellátás, ha annak időtartama az adott HBCs-re megállapított alsó és felső határnap között van;
- b) rövid ellátási esetnek minősül az ellátás, ha annak időtartama nem éri el az adott HBCs ellátására megszabott alsó határnapot;
- c) hosszú ellátási esetnek minősül az ellátás, ha az aktív minősítésű osztályon, részlegen az ellátás időtartama meghaladja az adott HBCs ellátására megszabott felső határnapot;
- d) áthelyezett ellátási esetnek minősül, ha a beteget úgy helyezik át más intézménybe, hogy az áthelyezést megelőző ellátás időtartama nem érte el az adott HBCs normatív ápolási idejét. A normatív ápolási idő az adott HBCs alsó és felső határnapja közötti napban megállapított időtartam.

Az áthelyezett ellátási eset után – a neonatológiai intenzív centrumból (PIC) jelentett esetek, továbbá a besorolási tényezőnek minősülő beavatkozással járó ellátások (P jelű HBCs) kivételével – az intézmény nem jogosult a teljes ellátás

szerint járó súlyszámra, csak a teljes díj és a normatív ápolási idő hányadosaként meghatározott, az adott HBCs-re vonatkozó egy napra eső díj és a tényleges ellátási idő szorzatának megfelelő összegre. Az aktív fekvőbeteg-ellátási intézményben az elhunyt betegek finanszírozása 0,80000 HBCs súlyszámnál nem lehet kevesebb, függetlenül az ápolási időtől és a HBCs csoporttól. Kísérő személy ellátásának finanszírozása napidíjjal történik, melynek értéke a HBCs súlyszám aktuális forintértékének 0,02-szorosa. A határnapon belüli ismételt felvétel az előző ellátással összevonva egy ellátási esetnek számít. Az azonos HBCs-be tartozó kúraszerű ellátás egyes kezelése (fázisok) egy ellátási esetnek számítanak, függetlenül attól, hogy ambuláns betegként vagy fekvőbetegként történt a kezelés.

A sürgősségi betegellátásban használt 0 alsó határnapos, illetve 6–24 óras kezelésre az azonos fődiagnózisnak megfelelő „M” jelű HBCs szerinti garanciális ellátási szabály az irányadó. A „társult és súlyos társult betegséggel” szövegrésszel megjelölt HBCs esetén besorolási tényezőként figyelembe vehető az ápolást indokoló alapbetegség mellett fennálló kísérő betegség és az alapbetegség miatti szövődmény. Nem besorolási tényező a betegség kezelésével összefüggő szövődmény. Az alsó határnap előtt elbocsátott eset a „társult betegséggel” elnevezésű HBCs-be nem sorolható be. Amennyiben a Z jelű HBCs-be történő besorolást csak a „több paraméteres non-invazív monitorizálás” beavatkozás indokolja, akkor az esemény a „súlyos társult betegség” figyelembevétel nélkül elszámolható HBCs-súlyszámérték 10 %-kal megemelt összegével számolható el. Az aktív fekvőbeteg-szakellátást végző szolgáltatók a sürgősségi betegellátási, intenzív, traumatológiai és a fertőzőbeteg-ellátásra szervezett osztályainak működtetéséhez a tárgyhónapban érvényes finanszírozási szerződésük szerinti ágyszám alapján, ágyanként naponta 1000 Ft összegű rendelkezésre állási díjra jogosultak.

A CT, MRI vizsgálatok esetén az elszámolható teljesítmény a szolgáltató szerződött szakorvosi óraszama – maximum heti 84 óra – alapján, átlagosan 15 perc/vizsgálatban határozható meg az alábbiak figyelembevételével:

- a) a szerződésben meghatározott CT vizsgálatok maximum 50 %-a, az MRI vizsgálatok maximum 25 %-a számolható el kontrasztanyagot használó vizsgálatként;
- b) az egy hónapon belül legalább 5 munkanapig tartó gépleállás esetén, a szerződésben rögzített helyettesítő intézmények részére a szerződés szerinti elszámolható vizsgálatok számának a leállás idejével arányos része, de maximum 70 %-a átcsoportosításra kerül. Leállásnak tekinthető, ha az adott készülék a szerződésben rögzített vizsgálatok számának egy napra eső értékének 10 %-ánál többet nem teljesít.

Egynapos beavatkozás aktív fekvőbeteg-ellátási intézményben és a külön jogszabályban meghatározott járóbeteg-szakellátás keretében nyújtható. Aktív fekvőbeteg-ellátási háttér az egészségügyi intézményen belül, vagy más olyan

egészségügyi intézménnyel kötött szerződéssel biztosítható, amely a biztosított számára 30 percen belül elérhető.

*A rendszer belső logikai rendszerén túli szempontok<sup>13</sup>*

A következőkben a HBCs, mint finanszírozási eszköz főbb előnyeit és hátrányait próbálom meg feltárni. A rendszer kritikai elemzésénél nem elegendő a csoportbesorolás, a költséggyűjtés, súlyszámképzés metodikai problémáinál lera-  
gadni, hiszen a betegcsoport alapján történő finanszírozás alkalmazásának hatékonysága számos más külső körülménytől is függ, amelyekből a teljesség igénye nélkül igyekszem felsorolni néhányat, valamint megjelölni, hogy az milyen szervezetnek a kompetenciájába tartozik. A rendszer szakmaiságának biztosításához szükséges a főbb szakmai tevékenységek irányelveinek és protokolljainak kidolgozása és alkalmazása (szakmai kollégiumok, országos intézetek). A folyamatos minőségi munkavégzéshez szükségesek a következetesen kialakított és betartott minimumfeltétel-rendszer, a kompetencia-szintek pontos meghatározása, klinikai audit, valamint a minőségi indikátorok rendszerének kidolgozása majd alkalmazása. (ESzCsM, ÁNTSZ) Ehhez kapcsolódva pedig egy ütőképes ÁNTSZ szakfelügyeleti rendszer, mely az előbbieket képes folyamatosan ellenőrizni. A szolgáltatóknál szükség van a minőségbiztosítási rendszerek alkalmazására (egészségügyi szolgáltatók).

Ahhoz, hogy a rendszer a valódi tevékenységek költség-arányosságát tükrözze elengedhetetlen a folyamatos költségadat-gyűjtés, költségelemzés és ennek beépítése a finanszírozási szabályokba, kódokba, súlyszámokba (ESzCsM, OEP). Szükség van egy ütőképesen és hatékonyan dolgozó szervezetre, mely a finanszírozási szabályok betartását garantálja, integrált és auditált informatikai rendszeren alapulva finanszíroz, valamint folyamatos monitorrendszert működtet az elszámolási kilengések megfogására, illetve a tendenciózus változások elemzésére, és ez alapján javaslatok tételére a szabályozó szaktárca felé.

A Homogén Betegségcsoportok hazai gyakorlatát vizsgálva megállapítható, hogy csökkent az átlagos kórházi ápolási napok száma. Az időszak egészében nem csökkent a kórházi események száma, sőt némi növekedés figyelhető meg. Általában kialakult a kórházak endofinanszírozási és kontrolling rendszere. A kórházak évente összességében sok százmillió forintot költenek teljesítményeik kódolásának javítására (közvetlen gyógyítási kiadások helyett). A betegek mozgása a TAJ-számuk alapján követhető a rendszerben. Nem javult az allokatív hatékonyság, maradt a fekvőbeteg szakellátás domináns szerepe. Fő pozitívumként említhető, hogy a HBCs alapján történő finanszírozási rendszer alkalmazásának ideje alatt jelentősen elősegítette a költségtudatos kórházi gazdálkodás kialakulását és a teljesítmények intézmények közötti mérhetőségét. A főbb negatív hatások között kiemelhető, hogy nagymértékben eltorzítja a gondolkodásmódot, és túlzottan a teljesítmény hajszolására ösztönöz. Nem javult az allo-

<sup>13</sup> *Egészségpolitika*. IME III. évf. 4. sz. 2004. május.

kációs hatékonyság, még mindig a kórházi ellátás túlsúlya a jellemző. A HBCs-rendszer nem váltotta be a töle elvárt hatást, hogy piaci szabályozó elemként a kereslet-kínálat viszonyai mellett rákényszeríti az intézményeket a rugalmas reagálásra, a lakossági igények kielégítésének rugalmasságára, és segíti megszüntetni, felszámolni a fölös kapacitásokat.

Az előbbiekben ismertetett külső körülmények mellett egészségpolitikai szempontból probléma hogy túl nagy jelentőséget tulajdonítanak az intézmények belső működését kifejező technikai hatékonyságnak, az üzemgazdasági szempontoknak. Finomabban szólva leginkább ennek tulajdonítanak igazán nagy jelentőséget, miközben az egészségügyi ellátórendszerben alkalmazott gyógymódok, eljárások, komplex terápiák költséghatékonyságát, vagy a rendszer egészének allokativ hatékonyságát nem vizsgálják, és sokszor nem foglalkoznak vele.

Reálértékben stagnáló, vagy egyes időszakokban csökkenő reálértékű finanszírozás ellenére nőtt a kórházi esetszám, egyre újabb és újabb eljárásokat, technológiákat sikerült rendszerbe állítani, amely a gyógyítás színvonalának egyértelmű javulását eredményezte. Ez a részleges hatékonyságjavulás azonban ahhoz is hozzájárult, hogy a kórházi szektor szinte változatlan struktúrában volt képes megőrizni méretét és felépítését. A rendszerben rejlő tartalékok és a teljes ellátórendszer szempontjából hatékonyság javító lehetőségek mára már nagyrészt kimerültek. A hatékonyság további szintjeinek javításához, markánsan új szabályozási, finanszírozási, képzési és minőségfejlesztési eszközökre van szükség, és újabb évtized(ek)re, hogy mérhető és érdemi változásokat lehessen elérni. A rendszer jelenlegi alkalmazási módja azért mondható jónak, mert a pénz követi a beteget.

### *V. Összefoglalás, következtetések*

Az egészségügy finanszírozásában 1993-ban komoly változás következett be, ez azonban a szakemberek megítélése szerint készületlenül érte a rendszert. A változások bevezetése előtt a kórházak egy irányítószervük által meghatározott keretből gazdálkodtak, amelyet munkájuk mennyisége és minősége nem befolyásolt. Ekkor csak arra kellett a kórházaknak odafigyelni, hogy költségeik ne haladják meg a keretösszeget.

Az új finanszírozási formát részben amerikaiaktól, részben németektől vette át a magyar szabályozás. Az így kialakított rendszer a finanszírozás alapjának az egyes kórházak teljesítményét tekinti. Bár részben megmaradt az úgynevezett bázisfinanszírozás, azonban a kórház teljesítménye komoly részét képezi az elérhető összegnek. A valós teljesítmény kimutatása a változások ellenére is sokszor akadályokba ütközik. Ilyen akadály lehet például, hogy a betegségek mellett nem tüntetik fel a kísérőbetegségeket, szövödményeket, és ez által jelentős összegtől esik el az adott kórház.

A másik jelentős akadály, hogy az orvos szeretne orvos maradni, és így kevés időt áldoznak az adatlapok kitöltésére, s amikor azt később egy adminisztrátor tölti ki, jelentős elírások történhetnek. A finanszírozás szempontjából sem mindegy, hogy például egy beteget nyaktöréssel kezelnek vagy combnyaktöréssel. Ugyanis az utóbbi bonyolult műtét és az elhúzódó utókezelés miatt sokkal több pontot és így sokkal több pénzt is jelent a kórháznak. Ilyen hibák felmerülése miatt egy-egy intézmény költségvetésének akár 5 %-ától is eleshet. Itt merül fel az igény az orvos-informatikusok iránt, akik feladata a betegségek helyes kódolása, illetve az adatlapok, a BNO-kódok egyeztetése lenne.

Ezen kívül pedig jelentős tényező az, hogy a kórházakat semmi nem ösztönzi a valós teljesítmény kimutatására. Ugyanis az a kórház, amely a valódi teljesítményét mutatja ki, és a korrekciós tényező használatával teljesítményénél kevesebb pénzt kap, fizetési nehézségekbe kerülhet. Ezzel szemben az aki megpróbál manipulálni a kórházi napok, a pontértékek számával, valódi teljesítményéhez képest többletpénzhez juthat, s így esetleg elkerülheti a fizetési problémákat. A szakembereknek felül kell vizsgálni a meglévő finanszírozási rendszert, hibáit pedig orvosolni kell. Ennek eredményeként elképzelhető, hogy a jelenlegi alapokon egy teljesen más rendszer finanszírozása alakulna ki, vagy teljesen új alapokra helyeződne át. Természetesen bármilyen rendszert alakítanak ki – vagy vesznek át más országtól –, azt a magyar gazdaság állapotához, a magyar viszonyokhoz kell igazítani.

### *A prevenció szerepe*

Az egészségügyi stratégia alapvető eleme a megelőzés kellene, hogy legyen. E koncepció minden szakember, sőt, egyre inkább a lakosság előtt is ismert, de sajnos ez még az orvosok gondolkodásában is gyakran leszűkül a szűrővizsgálatokra és a helyes életmód biztosítására. A megelőzés teljes spektrumának megértését a továbbképzések során minden szakterületen biztosítani kellene: a korai diagnózis, a progresszió, a szövödmények, a gyógyszer-rezisztencia és az idő előtti halál megelőzéséhez kellene az előfeltételeket megadni. A széles körű szűrővizsgálatok nagy anyagi ráfordítást igényelnek és megfelelő epidemiológiai adatok hiányában kevésbé hatékonyak. Ezért a korai tünetek és a családi anamnézis alapján történő célzott szűrővizsgálatok bevezetésére lenne szükség. A helyes életmód és táplálkozás eléréséhez pedig az alapvető feltételeket kellene biztosítani az élelmiszerek árában és a testedzési lehetőségekben. A megvalósításhoz jelentős anyagi forrás szükséges, s a megtérülésre csak később lehet számítani. Számos területen azonban nincsenek pontos epidemiológiai adataink az egyes betegségek előfordulását illetően. Jól szervezett oktatási/tájékoztatási program keretében (a tömegkommunikáció valamennyi lehetőségét is felhasználva) a jelenleginél szélesebb körű és hatékonyabb rendszeres egészségügyi felvilágosító munka szükséges a gyakori betegségek (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, csonttritkulás, légzőszervi, nőgyógyászati, emésztőrendszeri és más tumorok) kiszűrése érdekében. E cél elérésének fontos lépéseként tanulmá-

nyok készülnek a prevenció helyzetéről Magyarországon. Az egészséges életmódra való nevelést már az általános iskolában hatékonyan (szóban és írásos formában is) kellene végezni.

### *Országos Egészségügyi Pénztár finanszírozás – következtetések*

Az egészségügyi szolgáltatás finanszírozása az OEP feladatköre. A HBCs-rendszer eredeti célkitűzése, hogy költséghatékony tevékenységre serkentse az intézményeket. A valóságban azonban hiányosságai, gyakorlati alkalmazásának ellentmondásai miatt nem annyira a betegellátás minőségét biztosító, hanem sokszor időt rabló és a valóságtól eltérő adatok regisztrálására vezet. Fejlettebb országokban bebizonyosodott, hogy a diagnózisok alapján nem lehet a betegellátásra fordított időt és költségeket biztonsággal megítélni. Minden beteg ugyanis egyedi eset, és a ráfordítandó idő és költség igen változó. A probléma a komoly mértékű alulfinanszírozásból ered (például alacsony bértömeg, a drága gyógyszerek és a beavatkozások nem megfelelő támogatása). A műszeres vizsgálatok és a terápiás eljárások finanszírozása csak úgy biztosítható, ha nemcsak a laboratóriumi vegyszerek árát, de a műszerek amortizációját is megtérítik. További gond a progresszív betegellátás csúcán álló intézmények negatív diszkriminációja a komplikált esetek többlet-finanszírozásának majdnem teljes megszüntetése miatt.

Az OEP finanszírozás időnként komoly gondokat jelent, mert a zárt kassza miatt állandóan változik, s a teljesítés után két hónappal egyenlítik ki a számlát. Jelentős gond az is, hogy a jelenlegi rendszerből nem lehet biztonsággal következtetni a mortalitási és a morbiditási viszonyokra. A fentiek miatt szinte tervezhetetlen az intézmény, illetve az intézetek működése.

Megállapítható, hogy még jelentős változásokra van szükség a magyar fekvőbeteg-ellátásban ahhoz, hogy magas szintű, jól működő ellátásokhoz juthassanak azok a betegek, akik rászorulnak. Ugyanakkor nem lehet eltekinteni attól sem, hogy egy ország milyen általános gazdasági helyzetben van. Az egészségügy „rendbe” tétele és hatékony működtetése sok pénzbe kerül, de hosszú távon megtérül, hiszen nemzetgazdasági szempontból az egészséges egyének sokat érnek és ők azok, akik valójában hozzájárulásukkal fenntartják – közvetve, vagy közvetlenül – a rendszert.



ÁRPÁD HOMICKÓ

## THE BASIC OF THE FINANCING OF THE IN-PATIENT SYSTEM

(Summary)

Health care system within the European Union have fundamental similarities. On the other hand, they also differ in a bewildering variety of ways. This article wants to present the financing and regulation of the Hungarian health care system considering that the European Union. The article begins with a general discussion of sources of finance for health care system. It is followed by sub-sections looking in more detail at the three principal sources of funding: taxation and social insurance, voluntary health insurance and direct payments or charges. Health care services are provided by either physicians who are employed by the local governments or independent doctors who have their own contract with a county level body of the National Health Insurance Fund Administration.

In Hungary the majority of health care for the compulsorily insured is financed by social insurance contributions. The Hungarian health system is financed through a social insurance system. The role of the state in social provision and financing of health care services is largely restricted to providing a regulatory framework within which this provision takes place. In Hungary there have been significant changes the financing and regulation of the health care system during the last 15 years. The role of voluntary health insurance increased moderately and direct payments as revenue generating mechanisms increased significantly. The public share of total health care system decreased in Hungary.

The methods of financing hospitals in Hungary have changed significantly over the last 15 years. There is a clear move from open-ended retrospective funding of hospital activities to the establishment of prospective budget. Financing of the Hungarian hospitals is based on Diagnosis Related Groups (DRGs) system. It is activity –related payments, which may be case-mix-based payments.

The basic principle is that medical services can be used to the extent justified by the person's state of health. Health care is generally provided free of charge. This means hospitals does not usually involve any co-payments by the patient, but co-payments are required for certain services. It means Hungarian health insurance does cover between 50 and 100% of the cost of medicines featuring on an official list.

Finally the article wants to present advantage and disadvantage of financing of the Hungarian in-patient care.

